

吉武歯科医院 歯科往診部

往診申込書

申込日 年 月 日

患者名				男・女
同意家族名				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生 () 歳
保険種類	老・障・身・親・福・社・国・退・後			
住所				
入院中、入所の方は 部屋番号を記入	病棟	号室		
ご連絡先TEL	()			
往診希望日	第一希望	年	月	日
	第二希望	年	月	日
現在の症状				
担当医の承認確認 (あればご記入下さい)	あり	(担当医名	先生)	なし
現在常用している 薬はありますか?	ない	ある [薬品名	何の薬]
薬の副作用、アレルギー、 特異体質等がありますか?	ない	ある []
現在又は今までに大きな病 気をしたことはありませ うか?	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> パーキンソン病
	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 喘息
	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C)	<input type="checkbox"/> その他()
ご担当者様				

受付時間 24時間OK

FAX 044-753-5318

往診

※ご利用に関するご質問は ご注意ください。
お問合わせ先 吉武歯科 往診部
TEL 044-751-5050

